

Есть версия, что слово «травма» происходит от модифицированного *troma* – производного от греческих слов *titroskein* (ранить) или *tetrainein* (прокалывать, протыкать) и предположительно используется с 1693 г. [1], хотя многочисленные травмы (и методы их лечения) встречались с самого начала развития человеческой цивилизации и упоминались исключительно в «военном» контексте. Развитие науки и медицины в период Ренессанса подготовило почву для «научного» подхода к лечению травм, но многие уроки не были усвоены. Механизм гиповолемического шока как результата кровопотери так и не был понят, хотя уже в то время для его лечения применяли эфедриноподобные субстанции, получаемые из лекарственных растений. Первый прорыв совершил Амбруаз Парэ в XVI веке, предложивший наложение лигатур при огнестрельных ранениях и искусственных конечностей после ампутаций и отмечавший положительную роль диет и питания в восстановлении раненых. Понятие «менеджмент» в травматологии, описанное одним из генералов Наполеона Dominique Larrey, сохранило понятия «эвакуация», «распределяющая маршрутизация», «неотложная помощь» и для современной практики, хотя изменение (стабилизация) геополитической ситуации, урбанизация, индустриализация и моторизация общества сместили фокус их применения в «мирное» русло [1]. В наши дни травматизм остается одной из наиболее значимых проблем и составляет более 90 случаев на 1000 населения [2]. Организация специализированной травматологической помощи в разных странах проходила по-разному. Ориентировочно в 1960–1970 гг. в Европе и Северной Америке открываются «центры травм» и появляются первые протоколы ведения таких пациентов. В 1976 г. Американский колледж Хирургического комитета по травме [American College of Surgeons Committee on Trauma (ACSCOT)] публикует первый отчет «Оптимальные критерии», сформированный на основе гайдлайна ATLS (Advanced Trauma Life Support), десятая версия которого опубликована в 2018 г. [3]. Первая версия документа появилась после крушения самолета, в котором несколько детей получили серьезные ранения, но необходимая помощь была недоступна.

Между тем в СССР организация травматологической помощи пациентам (и отдельно педиатрическим) была проведена ранее и прошла несколько этапов, начиная от лечения детей в общих хирургических отделениях для взрослых и заканчивая созданием специализированных детских травматологических отделений. Поступательному развитию специализированной травматологической помощи детскому населению способствовали изданные в 1949 г. Приказы МЗ СССР № 666 и МЗ РСФСР № 679 о создании

детских ортопедо-травматологических отделений, а также вышедший в 1957 г. Приказ МЗ СССР № 125 «О профилактике травматизма, улучшении травматологической и ортопедической помощи населению», регламентировавший нормативы потребности детей не только в лечебной помощи, но и в социальной реабилитации. Работы в этом направлении были продолжены и в постсоветский период, в наше время, так как частота травм вообще (и ЛОР-органов в частности) не имеет тенденции к снижению и у детей, и у взрослых.

Согласно статистическим данным пострадавшие обращаются в детский травматологический кабинет (травмпункт) со следующими повреждениями: ушибы – 42,5%, переломы костей – 19%, ранения мягких тканей – 17,7%, ожоги – 5,4%, прочие – 15,4% [2]. Эти сведения касаются травматических повреждений любой локализации, а в рамках данной статьи нам бы хотелось остановиться на вопросах травм ЛОР-органов, особенно у детей.

К сожалению, цифровых данных о частоте встречаемости травм ЛОР-органов в целом не так много, чаще авторы отмечают, что эта патология занимает четвертое место по данным встречаемости за неотложной помощью [4–7], а частота встречаемости приводится для травм конкретной локализации [4, 5, 8–15]. Большинство литературных источников единодушны, что самая распространенная травма челюстно-лицевой области – переломы скелета носа – составляют от 8,5 до 28% всех повреждений лица [4, 5, 7–9], а носовые кости находятся на третьем месте среди самых часто ломаемых костей в организме человека [10, 12–16] и являются самыми распространенными среди экстренных состояний ЛОР-органов [11–14]. Особенно актуально это для детского возраста: в этот период переломы носа составляют 41–63% от всех переломов в области лица, во взрослой популяции этот показатель меньше (40–53%) [16].

Этиология травм носа различна не только у детей и взрослых (рис.) [17], но и в разные периоды детства.

До 18% новорожденных переносят травму наружного носа при родах (выступающие части черепа плода испытывают большое давление при прохождении родовых путей, кроме того, к повреждениям носа у новорожденных могут привести акушерские пособия) [10]. У детей до года травмы чаще всего случаются при падении с предметов мебели, по неосторожности родителей. Для детей от одного до двух лет ведущей причиной травматизации считают недостаточную координацию при первых попытках самостоятельного движения, а также позднее развитие охранительного рефлекса («выставление рук вперед»). У детей 2–3 лет двигательные навыки ста-